Lane Medical Library

Ovariotomie

in einem Falle von

Hemianaesthesia hysterica.

Inaugural-Dissertation

welche zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu **Berlin**

am

12. December 1882

öffentlich vertheidigen wird

Aron Bamberger

aus Punitz, Prov. Posen.

Opponenten:

Herman Lisso, Dr. med.
Dr. Ignaz Zadek, pr. Arzt.
Karl Fehlauer, Cand. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Max Bading.

Beuthstrasse No. 2.

Herrn Paul Singer

in aufrichtiger Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Unter Ovarialgie (Ovarie, Douleur ovarienne oder ovarique) versteht man einen bei hysterischen Personen sich häufig darbietenden Zustand, der sich durch eine exquisite Empfindlichkeit in der regio hypogastrica kundgiebt und dadurch besonders in die Augen fällt, dass er in ganz bestimmten Beziehungen zu einer andern die Hysterie oft begleitenden Affection steht, zur Hemianästhesie. Die Ovarie hat nämlich ihren Sitz stets auf derselben Seite wie die Hemianästhesie, d. h. also gewöhnlich links. Dieses Verhältniss ist ein derartig constantes, dass in mehreren Fällen gleichzeitig mit einem Transfert der letzteren ein solcher der Ovarie beobachtet wurde. Es ist überaus wichtig, das gegenseitige Verhalten der beiden Symptome zu kennen; bisweilen kann uns dadurch der Weg zur Diagnose gewiesen werden, den wir sonst vielleicht entweder überhaupt nicht oder doch nicht mit derselben Sicherheit zu finden im Stande sein würden. Es giebt einerseits Fälle, in denen die Hemianästhesie erst entdeckt wird, wenn die Ovarie in Erscheinung tritt, und die Patientin in Folge deren erst Gegenstand genauerer Untersuchung wird, während sie von der erstgenannten Affection

keine Kenntniss hat. L' héminaestésie est un symptome qu' il faut chercher (M. Lasègue). Andererseits wird die Hemianästhesie da, wo die Ovarie ihre Begleiterin ist, keinerlei Zweifel über ihre Beurtheilung zulassen, während sie ohne diesen Complicen nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht als ein untrügliches Zeichen der Hysterie anzusehen ist. Nachdem man nämlich bei Heerdverletzungen im Gehirn auch auf die durch solche hervorgerufenen Sensibilitätsstörungen sein Augenmerk zu richten angefangen hat, hat man als Folge derselben auch Hemianästhesie auftreten sehen mit all den Prädicaten, wie man sie zuvor als characteristisch für die Hysterie hinzustellen gewohnt war. Strenges Einhalten der Medianlinie, Betheiligung der Schleimhäute, der speciellen Sinnesorgane, dauerndes Fortbestehen u. s. w., konnte constatirt werden. Wenngleich auch diese Fälle sehr selten sind, so genügt doch die Thatsache ihres Vorkommens, um uns ab und an bei Feststellung der Diagnose ins Wanken zu bringen. Unsere Position in der Kritik der der Hemianästhesie zu Grunde liegenden Erkrankung wird aber noch schwieriger sich gestalten, wenn wir es mit einer erwiesenermassen hysterischen Person zu thun haben, denn hier liegt die Versuchung zu nahe, alle Mal die Hysterie als Ursache anzunehmen, als dass ihr nicht bisweilen zum Schaden der Wahrheit nachgegeben würde. Man sollte doch nicht ver-

gessen, dass gelegentlich auch einmal bei einer Hysterischen eine Heerdverletzung im Gehirn vorkommen könne.

In solchen schwierigen Fällen wird, wie bereits gesagt, das Hinzutreten der Ovarie zur Hemianästhesie einen nicht zu unterschätzenden Werth für die Diagnose haben. Freilich ist trotz dieser Bedeutung der Ovarie noch nicht einmal festgestellt, ob dieselbe ihren Namen mit Recht trägt.

Briquet bestreitet, dass die Ovarien der Ausgangspunkt jenes Schmerzes sei; er sucht ihn vielmehr in der Muskulatur des Bauches und speciell im unteren Drittel des M. obliquus abdominis (myodynie hystérique). Er verwirft daher den Namen Ovarie.

Charcot*) dagegen ist der Ansicht, dass man in Bezug auf die sogenannte Ovarie zweierlei Fälle unterscheiden müsse. In dem einen Falle handele es sich um das von den englischen Autoren mit spurious peritonitis bezeichnete Symptomenbild. Die Patienten empfinden ein ungemein grosses Schmerzgefühl im Abdomen, so zwar, dass schon die leisesten Berührungen, der Druck der Bettdecke u. dgl. unerträglich sind; daneben besteht ein gewisser Grad von Tympanie. In einem solchen Falle sei in der That eine Hyperästhesie der Muskeln und auch der Haut

*) Leçons sur les maladies du système nerveux. B. L.

eines gewöhnlich ziemlich ausgedehnten Abdominalabschnittes vorhanden. In anderen Fällen indess — und dies sollen die häufigeren sein — verhalte sich die Haut vollkommen anästhetisch, ebenso seien die Muskeln gegen Kneifen unempfindlich, und es bedürfe erst eines tieferen Eindrückens der Finger ins Abdomen, um auf den Heerd des betreffenden Schmerzes zu gelangen. Dieser documentire sich dann als ein Tumor, der seiner Form und Lage nach sich als das Ovarium erweise. Hier sei es also jedenfalls am Platze, von Ovarialgie zu sprechen, während man in den erstgenannten Fällen natürlich nicht zu einer sicheren Ueberzeugung gelangen könne.

Was hierbei das anatomische Verhalten des Ovariums anbetreffe, so sei in der That darüber bislang noch wenig bekannt; bisweilen habe man eine mehr oder weniger bedeutende Anschwellung desselben gefunden, wie in einem von Schützenberger beschriebenen Falle von Oophoritis blennorrhoica.

Dass es sich aber im Grossen und Ganzen nicht um eine gewöhnliche Entzündung des Ovariums handeln könne, was Briquet besonders hervorhebt, wird von Charcot zugegeben, und zwar liesse sich dieses nach ihm aus Folgendem erschliessen. Man sei nämlich durch einen systematischen Druck auf das Ovarium, wodurch jener charakteristische Schmerz hervorgerufen werde, im Stande eine complete hysterische Aura einzuleiten, welche sich durch das Aufeinander-

folgen der bekannten Gefühle im Epigastrium, des Gefühles des Globus, der Zusammenschnürung im Halse, ja sogar von cerebralen Erscheinungen, Sausen im Ohre, Schwindel u. dergl. kundgiebt. Was man auf diese Weise künstlich producire, vollziehe sich auch in derselben Reihenfolge bei der spontanen Entwicklung eines hysterischen Anfalles. Nun aber werde durch eine vulgäre Oophoritis niemals eine Aura hysterica hervorgebracht und es müssen demnach eigenartige, wie bereits aber gesagt, bisher nicht näher bekannte Verhältnisse des Ovariums sein, welche die in aller Kürze soeben gekennzeichneten Wirkungen hervorbringen. Neuerdings wird Charcot in seiner Ansicht noch bestärkt durch zwei von Féré*) beschriebene Fälle von Schwangerschaft bei Hysterischen mit Hemianästhesie, in denen die Ovarie während der Gravidität, entsprechend der Lageveränderung des Uterus, einen höher, resp. im letzten Monat wieder niedriger gelegenen Platz einnahm.

Nach diesen wenigen Vorbemerkungen will ich nunmehr zur Schilderung eines Falles schreiten, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, und der mir in Bezug auf die Ovarie-Frage von einigem Interesse zu sein scheint.

Die Patientin, die der Gegenstand der nachfol-

*) Archives de Neurologie. 1882. Tome III. S. 297.

genden Betrachtung sein soll, ist in der medizinischen Literatur keineswegs eine Neuheit; sie ist vielmehr bereits im Jahre 1862 in einer Dissertationsarbeit von Friedrich Hertel (Symbolae ad hysteriae naturam et therapiam cognoscendam. Berolini) und später von Paul Guttmann*), der die Patientin in der medizinischen Gesellschaft zu Berlin im Jahre 1869 vorstellte, des Genaueren beschrieben worden.

Wir sind in Folge dessen über die Anaumese der Patientin ziemlich ausführlich unterrichtet.

Marie Bock, genannt Schlegel, ist geboren im Jahre 1830. Ihr Vater soll ein Jahr vor seinem Tode (er ist 62 Jahr alt geworden) in Folge eines Falles geisteskrank geworden sein. Die Mutter wurde ca. 70 Jahre alt und hat dreimal einen Schlaganfall erlitten. Ein Bruder ist an Schwindsucht gestorben; ein anderer lebt noch und ist gesund, ebenso eine Stiefschwester.

Bis zu ihrem 13. Lebensjahre will Patientin von keiner Krankheit heimgesucht worden sein, ausser dass sie angiebt, Bräune überstanden zu haben.

Im 13. Lebensjahre (1843) erhielt sie beim Spielen mit andern Kindern einen Steinwurf gegen die rechte Stirnhälfte. Es blutete stark, Patientin fiel besinnungslos hin. Nach 2 Tagen besuchte sie nach

---

*) Berliner klinische Wochenschrift 1869 Nr. 28. Ein seltener Fall von Hysterie.

Anlegung eines Verbandes die Schule, fing dort an „verkehrt zu sprechen“ und musste dann, angeblich an Gehirnentzündung erkrankt. 6 Wochen lang das Bett hüten. Danach war sie bis zum 15. Jahr ganz gesund, wo sie in Folge eines Sturzes ins Wasser eine Pneumonie acquirirte. Seit dieser Zeit hat sie des Oefteren an Husten und Auswurf, der häufig mit blutigen Streifen vermischt gewesen sein soll, gelitten.

Mit 18 Jahren wurde sie einmal menstruirt, dann blieb die Menstruation ein Jahr lang ganz fort und war auch später noch sehr unregelmässig. Im 46. Jahre cessirten die Menses.

Im Alter von 20 Jahren war sie wegen ihres Brustleidens fast ein halbes Jahr bettlägerig und während dieser Zeit stellten sich im linken Schenkel plötzlich auftretende Schmerzen ein und es machten sich allmählig in dem betroffenen Gliede Lähmungserscheinungen, verbunden mit Anästhesie, bemerkbar. Patientin fiel bei dem Versuche zu gehen auf die linke Seite und war sogar mit Hülfe von Krücken nicht im Stande sich fortzubewegen.

Um diese Zeit wurde auch im Abdomen ein Tumor entdeckt, der bei genauerer Untersuchung (Prof. Martin) sich als dem linken Ovarium angehörend erwies.

Prof. Mitscherlich wandte bei der Patientin längere Zeit den Inductionsstrom an, wodurch dieselbe

die Fähigkeit erlangte, wenigstens mit Zuhilfenahme von Krücken zu gehen.

Einige Zeit darauf trat eine schmerzhafte Anschwellung in der Gegend des linken Plexus brachialis auf und es entwickelte sich eine Lähmung des linken Vorderarms, der Hand und besonders der Finger, deren Extension unmöglich wurde. Gleichzeitig bestand Aphonie und bedeutende Respirationsbeschleunigung. Patientin litt ausserdem an häufigem Erbrechen und zeitweise an Krampfhusten. Nach der von Herrn Prof. Remak eingeleiteten electrischen Behandlung mit dem constanten Strom gingen die Lähmungserscheinungen im Arme zurück (Patientin wurde wieder arbeitsfähig) und die Schwäche des linken Beines besserte sich derart, dass die Kranke mit einer einzigen Krücke ausreichte, ja kurze Zeit sogar ohne diese sich behelfen konnte. Die zuvor vorhandene Heiserkeit und Dyspnoe, sowie auch die Anästhesie und die übrigen Beschwerden besserten sich.

Im Mai 1862 trat Diplopie und Lichtscheu auf beiden Augen in Verbindung mit heftigem Blepharospasmus auf; Patientin konnte selbst im Dunkeln nicht die Augen öffnen. v. Graefe, an den sie sich wegen dieses Leidens wandte, durchschnitt ihr, nachdem andere Mittel (Injectionen) sich als unwirksam erwiesen hatten, die beiden Nn. zygomatico-temporales, wodurch das Uebel gehoben wurde.

Vom Jahr 1865—68 befand sich Patientin in der

Charité, wo sie auf der damals unter Griesinger's Leitung stehenden Nervenstation lag. — Es hatten sich zuerst Schmerzen in der Stirnnarbe, dann in der linken Gesichtshälfte und im linken Arme eingestellt, nach deren Schwinden die genannten Theile anästhetisch wurden. Derselbe Prozess fand später im linken Bein statt und es entwickelte sich daneben eine Parese der linken Extremitäten. Allmählich machte auch die rechte Körperhälfte denselben Vorgang in umgekehrter Richtung durch, doch war die Intensität niemals auch nur entfernt so bedeutend wie links. — Pat. litt häufig an Krämpfen, welche bei der Beobachtung als hochgradig hysterische befunden wurden. Da die hysterische Aura gewöhnlich durch Schmerzen in der Stirnnarbe eingeleitet wurde, excidirte man die Narbe, worauf sich die Sensibilität der rechten Körperhälfte allmählich restituirte. Die Hyperalgesie der Narbe aber verschwand nur vorübergehend und es wurde in Folge dessen der N. supraorbitalis resecirt. Trotzdem ist die Narbe schmerzhaft geblieben, indessen hörten die Convulsionen auf.

1867 recidivirte der Gesichtsmuskelkrampf, das rechte Auge war dauernd geschlossen. Prof. Fischer wollte von Neuem eine Nervendurchschneidung vornehmen, die Pat. wurde aber während der Chloroformnarkose asphyctisch und es unterblieb deshalb vor der Hand die Operation. Im Mai 1868 wurde

sie dann mit Erfolg ausgeführt. Es sind seitdem die Gesichtsmuskelkrämpfe ausgeblieben.

Noch sei bemerkt, dass Pat. nach ihrer Angabe in der Charité 6 Wochen lang an Retentio urinae gelitten hat, so dass sie während dieser Zeit stets catheterisirt werden musste. Die Urinmenge soll sehr gering gewesen sein, auch soll häufiges Erbrechen bestanden haben. Ob eine Ischuria hysterica vorgelegen hat, vermögen wir nicht anzugeben.

Von 1868—1882 war Pat. in keinem Krankenhause, sie bezog Armenunterstützung und verdiente sich auch Einiges durch Nähen.

Im Jahre 1869 war der Status der Patientin nach dem Guttmann'schen Resumé folgender:

1. Complete Lähmung des linken Olfactorius. Integrität des rechten.
2. Parese des Opticus und der motorischen Augennerven beiderseits, vorzüglich aber rechts.
3. Complete Lähmung der linksseitigen Geschmacksnerven (lingualis und glossopharyngeus) bei nur verminderter Function derselben auf der rechten Seite.
4. Abnahme (?) der Leistung der motorischen Portion des linken Trigeminus. Integrität des rechten. Complete Anästhesie im ganzen Gebiete des linken Trigeminus.
5. Erhebliche Alteration des linken Acusticus.
6. Schwächere Action des linken Facialis.

7. Parese des linken Hypoglossus.
8. Völlige Hautanästhesie der linken Rumpfhälfte und der linksseitigen Extremitäten. Die Anästhesie verbreitet sich auch auf die Schleimhäute (Mundhöhle, Pharynx, Vagina), nicht aber auf die tieferen Theile (schmerzhafte Bauchgeschwulst.) Rechts nur verminderte Sensibilität.
9. Völlige Anästhesie der Muskeln, Knochen und Gelenkflächen (Verlust des Gefühls für die allgemeinen Lageverhältnisse der Theile, für active Muskelcontractionen und der electromuskulären Sensibiltät) auf der linken Körperhälfte. Rechts völlige Integrität.
10. Motilitätsparese der linksseitigen Extremitäten, rechts Motilität normal.

Auf Grund dieser Erscheinungen und des denselben vorangegangenen Krankheitsverlaufes, insbesondere mit Rücksicht auf die Unbeständigkeit und den schnellen Wechsel einzelner Symptome wurde von Guttmann die Diagnose auf Hysterie gestellt, wie dies schon früher von Remak geschehen war.

Am 13. April 1876 kam Pat. zu Hrn. Privatdocenten Dr. E. Remak. Sie litt damals an häufigem Vomitus und Dyspnoe, besonders klagte sie auch über grosse Schmerzen im Leibe, welche namentlich beim Gehen auftraten und ihr dieses erschwerten. Sie wurde mit einigem Erfolge mit dem constanten Strome behandelt. — Später besuchte sie wegen andauernder

Aphonie die midizinische Poliklinik der Universität. — Im Mai 1882 erlitt sie in Folge eines Zerbrechens der Krücke eine Contusion der rechten Schulter. Dies führte sie wieder zu Dr. Remak, welcher sie bei dieser Gelegenheit auf Hirn-Torpor der linken Kopfhälfte untersuchte. Es wurde dieser constatirt und die Richtigkeit der Rosenthal'schen*) Angaben bestätigt. Pat. hatte keine Phosphene, keine Gleichgewichtsstörungen bei ziemlich starken Strömen.

Da die Schmerzen im Abdomen immer mehr zunahmen, Pat. dadurch beim Gehen erheblich alterirt wurde, schickte sie Dr. Remak zu H. Privatdocenten Dr. Landau, welcher mit Rücksicht darauf, dass der Tumor zu wachsen schien, die Beschwerden an Intensität gewannen, und namentlich in Anbetracht der geringen Gefahren, welche gegenwärtig eine Laparatomie mit sich führt, diese an der Patientin vornahm.

Der den Tumor betreffende Status war vor der Operation folgender:

Man fühlt oberhalb der Symphyse einen ca. kindskopfgrossen, frei nach rechts hin beweglichen, im Ganzen mehr nach der linken Seite des Abdomen gelegenen Tumor von sehr harter Consistenz, rauher und höckriger Oberfläche. Der Tumor ist von der

*) Rosenthal. Ueber einen Fall von Syphilom des Pons, nebst Untersuchungen über halbseitigen Hirn-Torpor bei Heerd-Affectionen und bei Hysterie.
Archiv für Psychiatrie Bd. IX. S. 49.1879.

Scheide aus deutlich zu fühlen, er baucht die vordere Scheidenwand vor. Druck im linken Scheidengrund sehr empfindlich. Der Cervix, der sich distinct von dem Tumor abgrenzen lässt, ist ziemlich lang und hart, der Muttermund klein, Fundus uteri nicht zu fühlen. Der Tumor zeigt bei combinirter Palpation mehr die Gestalt eines länglichen Ovals. Blase und Mastdarm sind frei. Die Haut ist überall normal. Die äusseren Genitalien klein, die Nymphen ziemlich grosslappig, im Ganzen bestehen virginale Verhältnisse.

Die Operation fand am 16. October statt. Pat. erhielt zuvor ein Bad und eine Irrigation der Scheide; durch Oleum Ricini wurde für gehörige Stuhlentleerung gesorgt.

Der Schnitt wird in der Linea alba etwa 3 ctm. unterhalb des Nabels bis zur Symphyse geführt; die Durchtrennung der Weichtheile geschieht schichtweise; geringe Blutung. Es präsentirt sich Netz und Darm. Der ungefähr 2 Faust grosse Tumor, welcher sich tief im Becken hinter den Därmen befindet, wird durch zwei in die Scheide geführte Finger unter gleichzeitigem Druck von aussen leicht und glatt aus der Bauchwunde herausgeschoben, ohne dass es nöthig gewesen wäre, mit Fingern oder Instrumenten Darm oder Netz zu berühren, oder überhaupt in der Bauchhöhle zu manipuliren.*)

*) Landau. Zur Technik der Laparatomien. Centralblatt für Gynäkologie 1882, No. 34.

Der Tumor ist intact; der Stiel etwa zwei Finger dick, seine Gefässe — besonders die Venen — ziemlich weit, er wird durchstochen und unterbunden und nachdem der Tumor darüber abgeschnitten, versenkt; zuvor hat man sich von der Stillung der Blutung, von der Atrophie des Uterus und des anderen Ovarium überzeugt. Die Bauchwunde wird mit 5 Perctoneal-Nähten und 4 oberflächlichen Nähten geschlossen und darauf ein Lister'scher Verband angelegt.

Der entfernte Tumor stellt eine Dermoid-Cyste dar, wie jedoch erst seine Eröffnung ergiebt: vordem machte er den Eindruck eines durchaus soliden Tumors. Seine Wände sind so stark gespannt, dass der Inhalt bei der Eröffnung im Strahle herausspritzt. Dieser selbst ist grützähnlich und enthält eine Unmasse von feinen braunen Haaren. Im Grunde des Tumors, da, wo er vom Stiel abgebunden war, befindet sich in der bindegewebigen Kapselwand eingeschlossen, ein ungefähr 8 ctm. grosses, Unterkieferähnliches Knochenstückchen, aus welchem ein Zahn von der Grösse und Gestalt eines Backzahnes eines ca. 8jährigen Kindes, in einer alveolenartigen Vertiefung sitzend, hervorragt. Der talgähnliche, beim Herausquellen flüssige Inhalt, gesteht sofort zu einer gallertigen Masse. Microscopisch zeigt derselbe die gewöhnlichen Characteristica. Die Innenfläche der Cyste ist von einer glatten, nur im Grunde unebenen Membran eingenommen.

d. 16. Patientin erhält nach der Operation Wein. Der Puls, erst sehr schwach und kaum fühlbar, ist 2 Stunden nach der Operation voll und kräftig. Einpackung mit Wärmeflaschen. Im Laufe des Tages tritt vielfach Erbrechen ein; es bestehen heftige Schmerzen im Unterleibe. Sie erhält Eispillen, schwarzen Kaffee und Wein. Um 5 Uhr Nachmittags und ebenso um 9^1_4 Uhr wird sie katheterisirt. Abends 9 Uhr 0,015 Morphium subcutan. T. 38,0. P. 84 Resp. sehr frequent.

d. 17. Nachts leidlich ruhiger Schlaf. — Gegen Morgen wieder Schmerzen im Leibe und Erbrechen. T. 37,8. P. 68. Resp. 28. Patientin wird katheterisirt. Am Tage mehrmals Erbrechen. Sie erhält 0,1 Opium im Suppositor, Abends 0,015 Morphium subcutan. T. 37,6. P. 72.

d. 18. Nachts ziemlich guter Schlaf. Kein Erbrechen. Katheterismus der Blase. — Morgens Allgemeinbefinden besser. Gesicht sieht etwas spitz aus. T. 38,0. P. 88. Resp. 60. Abends $7^1/_2$ Uhr 0,015 Morphium subcutan. T. 37,6.

d. 19. Nachts verhältnissmässig guter Schlaf. Einige Male Erbrechen. — Morgens keine Schmerzen. T. 37,4. P. 80. Am Tage mehrmals Erbrechen. Zustand im Ganzen besser. Gesicht componirter. wenig Schmerzen im Leibe. Abends wieder Klage über heftigen Schmerz. T. 38,0. P. 88.

d. 20. $1^1/_2$ Uhr Nachts 0,01 Morphium subcutan.

Nach der Einspritzung ruhiger Schlaf, keine Schmerzen. Morgens relatives Wohlbefinden. Klage über geringe Schmerzen im Leibe. T. 37,6. P. 72. Resp. ruhig. Abends T. 37,5.

d. 21. Nacht im Ganzen ruhig. Schlaf ohne Morphium. Morg. T. 37,6. P. 60. Resp. ruhig. — Am Tage: Appetit gut. Keine Schmerzen. — Viele Flatus. — Abd. T. 37,0.

d. 22. Kein Schlaf. — Morg. T. 37,4. — Am Tage Wohlbefinden. 1 Esslöffel Oleum Ricini. 4×Stuhl. Abd. T. 37,7.

d. 23. Wohlbefinden. — T. 37,1. — Verbandwechsel. Alles per primam verheilt. Nähte entfernt. Haut in der Ovarealgegend anästhetisch. Bei Druck in die genannte Region indess derselbe Schmerz wie früher. 1 × Stuhl. Abd. T. 38,0.

d. 24. Wohlbefinden. Mg. T. 37,0. — Abd. T. 37,5.

d. 25. Wohlbefinden. — Mg. T. 37,2. — Abd. T. 37,4.

d. 26. Mg. T. 37,0. Patientin war des Nachmittags eine Stunde lang ausser Bett (im Lehnstuhl). Darnach 1 Mal Erbrechen. — Abd. T. 37,7.

d. 27. Nachts wenig Schlaf. Morgens Wohlbefinden. — T. 37,3. — Kein Erbrechen mehr. Patientin bleibt im Bett.

Den 1. November wird Patientin aus dem Krankenhause entlassen. Der Verlauf der Operation war

vollkommen fieberfrei und nur durch Vomitus gestört, welcher übrigens schon Wochen lang vor derselben, wie in früheren Jahren, bestanden hatte.

Seit Mitte November befindet sich die Patientin im „Städtischen Krankenhause Moabit", wo ich dieselbe durch die Freundlichkeit des Herrn Director Guttmann zu untersuchen Gelegenheit hatte. Der von mir aufgenommene Status praesens ergiebt im Grossen und Ganzen eine Uebereinstimmung mit dem 1869 von Guttmann beschriebenen.

Die Sensibilitätsstörungen der Haut, der Schleimhäute, der Muskulatur, der Knochen und Gelenke bestehen in derselben Ausdehnung und Intensität, wie damals, noch heute. Man kann der Patientin in die kranke (linke) Seite Nadeln tief hineinstechen, ohne dass sie auch nur das Geringste davon empfindet. Die Anästhesie ist eine totale: selbst die directe electrische Reizung der verschiedenen Nerven-Plexus, auch mit den stärksten Strömen, vermochte keinerlei Schmerzempfindungen hervorzurufen. Von der Anästhesie ausgenommen zeigt sich nur ein beschränkter District in der Regio hypogastrica, von dem mir später des Genaueren handeln werden. — Die Lagevorstellungen sind vollständig erloschen. Patientin vermag sich bei geschlossenen Augen keine Rechenschaft über die Stellung der kranken Extremitäten zu geben. — Die anästhetische Seite erweist sich blässer und dem Gefühle nach etwas kühler als die gesunde. Der

Umfang der linken Extremitäten ist geringer als der der rechten (Dicke des Unterschenkels: rechts 27 ctm., links $25^3/_4$ ctm.; des Oberschenkels: rechts 39 ctm., links 37 ctm.)

Die früher beobachteten Affectionen der Sensibilität im Gebiete der Hirnnerven zeigen sich im Wesentlichen unverändert.

Patientin leidet noch immer an einer completen linksseitigeu Anosmie. Proben mit Asa foetida u. dergl. erweisen dies zur Evidenz. Ebenso vermag die linke Zungenhälfte keinerlei Geschmacksreize zu percipiren, wie dies Proben mit Chinin, Acidum murcaticum etc. ergeben.

Bei Prüfung der Hörfähigkeit der Kranken kamen wir zu einem vom Gnttmann'schen differenten Resultate. Wir fanden dieselbe auf dem rechten Ohre herabgesetzt, auf dem Patientin den Schlag einer Taschenuhr schon in einer geraden Entfernung von 39 cm nicht mehr ganz deutlich vernimmt, während sie auf dem linken noch in einer Entfernung von 105 cm. dessen fähig ist. Wir vermögen nicht zu sagen, ob also in dieser Beziehung seit 1869 eine Veränderung eingetreten ist, um so weniger zwar, als Patientin selbst angiebt, stets auf dem rechten Ohre schlechter gehört zu haben.

Was das Verhalten des Opticus und der motorischen Augennerven betrifft, so hat die Untersuchung,

die Herr Dr. Uhthoff auf meine Bitte die Freundlichkeit hatte, vorzunehmen, Folgendes ergeben:

Beiderseits ophtalmoscopisch kein Befund. Hyperopie mittleren Grades. Pupillar-Reaction auf Licht erhalten, aber sehr träge. Die Pupillen ziemlich eng. Sehschärfe: rechts $^4/_{200}$, links $^9/_{200}$. Gesichtsfelder beiderseits hochgradig concentrisch eingeengt, mit Erhaltong aller Farben; rechts noch stärker als links. Eine perimetrische Aufnahme des Gesichtsfeldes war wegen äusserer Umstände nicht möglich. Dagegen existiren perimetrische Gesichtsfeld-Aufnahmen von der Kranken aus dem Jahre 1878, auf die ich gleich zurückkommen werde.

Die Beweglichkeit beider Augen nach oben ist stark eingeschränkt, sowohl beim Blick mit beiden Augen zusammen, als auch beim Verdecken eines Auges. Auf dem linken Auge ist die Beweglichkeit sonst im Sinne der übrigen Muskeln ganz frei, auf dem rechten Auge zeigt sich noch eine ganz leichte Beschränkung der Beweglichkeit im Sinne des Mr. int. und des M. r. inf. Ferner besteht beiderseits eine mässige Ptosis, rechts stärker als links.

Ein binoculäres Sehen existirt überhaupt nicht; die Stellung beider Augen zu einander wechselt fortwährend, bald Convergenz, bald Divergenz, mit entsprechender ganz atypischer (bald gleichnamiger, bald gekreuzter) Diplopie, mit ebenso wechselndem Abstand der Doppelbilder in seitlicher- und in der Höhen-

Richtung. Ein paralytisches Wachsthum der Doppelbilder im Sinne irgend einer Muskellähmung ist nicht vorhanden.

Die Patientin wurde seit mehreren Jahren in der Schöler'schen Klinik beobachtet, und vom 1. Aug. 1878 steht mir folgende Functions- und Gesichtsfeld-Prüfung zur Verfügung. Rechts Sehschärfe — $^{15}/_{200}$, links $^{1}/_{5}$. Perim. Aufnahme des Gesichtsfelds des linken Auges zeigte folgenden Befund.

Die Grenzen waren:

	Für:			
Nach:	weiss	blau	roth	grün
oben	30	15	11	11
unten	35	20	15	8
innen	35	25	25	11
aussen	52	27	15	12

Es bestand demnach eine starke concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes für Weiss und alle Farben.

Das Gesichtsfeld des rechten Auges, dessen perimetrische Aufnahme wegen starker Ptosis und Schmerzhaftigkeit nicht möglich war, zeigte ein ana-

loges Verhalten, wie das des linken, nur war die concentrische Einschränkung noch stärker ausgesprochen.

Ophthalmoscopisch war beiderseits kein Befund.

In Bezug auf den N. trigeminus haben wir schon bei Erwähnung der allgemeinen Anästhesie das von ihm versorgte Gebiet mit einbegriffen. Zu bemerken ist hier noch, dass die Cornea rechts insensibel, links dagegen sensibel ist. — Dass die Patientin keine neuroparlytische Augenentzündung bekommen hat, worüber bei Gelegenheit des Guttman'schen Vortrages eine Discussion stattfand, ist bei der jetzt herrschenden Auffassung über die cerebrale Localisation der hysterischen Hemianästhesie vollkommen erklärlich.

Betreffs des N. glossopharyngeus haben wir uns schon bei der Untersuchnng des Geschmackssinnes ausgelassen; hier wollen wir noch erwähnen, dass links der weiche Gaumen vollkommen anästhetisch ist.

Wir gehen über zu den motorischen Störungen. Hier zeigt sich eine leichte Parese des linken N. Facialis. — Die linke Naso-locialfalte ist verstrichen, der linke Mundwinkel ein wenig herabhängend. Die Augen können zwar völlig geschlossen, aber doch nicht zugekniffen werden. Es besteht beiderseitige leichte Ptosis, rechts etwas stärker als links. Die Uvula weicht stark nach der linken Seite ab; das velum palatinum ist indess auf beiden Seiten in seinen Bewegungen intact.

Die Parese des N. vagus geht aus folgendem laryngoscopischen Befunde hervor:

Die intralaryngealen Gebilde zeigen keine Röthe, bez. Schwellung Die Stimmbänder bewegen sich beiderseits, jedoch nicht bis zur Mittellinie, so dass eine leichte Spalte während der Phonation stehen bleibt. Die Sprache ist heiser, Fistelstimmen ähnlich klingend.

An der Parese ebenfalls betheiligt ist der rechte N. hypoglossus. Die Zunge zeigt beim Herausstrecken eine sehr bedeutende Deviation nach rechts, was also auf Lähmung des rechten M. genioglossus schliessen lässt. Dieser Umstand ist deshalb sehr bemerkenswerth, weil er uns zeigt, dass wir es hier auf keinen Fall mit einer gewöhnlichen Hemiplegie zu thun haben, bei welcher die Deviation erstlich niemals eine so intensive ist, und sodann stets nach der gelähmten Seite hin stattfindet, während hier, wie erwähnt, das Umgekehrte der Fall ist. — Die Zunge kann auch, selbst wenn sie passiv vom Untersucher herausgezogen wird, nur knapp nach der Medianlinie, gar nicht nach der linken Seite gebracht werden. Bei den dahin gehenden Bemühungen weicht auch der Kopf nach links. Patientin sagt: „Die Zunge ist mir zu kurz."

Endlich haben wir noch der paretischen Schwäche der linksseitigen Extremitäten Erwähnung zu thun, welche in unveränderter Seite fortbesteht. Patientin

bedient sich beim Herumgehen im Zimmer einer Krücke, welche sie an der kranken (linken) Seite trägt. Sie geht, indem sie gleichzeitig mit der Krücke das rechte Bein aufsetzt und das linke vorwirft. Sie circumducirt das rechte, nicht, wie es bei einer Hemiplegie sein müsste, das linke. — Auf der Strasse trägt sie zwei Krücken.

Liegt Patientin im Bette, und schliesst man derselben die Augen, so kann man sich davon überzeugen, dass die Bewegungen weniger energisch und mit geringerer Sicherheit ausgeführt werden, als bei geöffneten Augen.

Die allgemeine Untersuchung hat noch Folgendes ergeben. — Die von der Kranken im Bette eingenommene Lage ist die Rücken- oder rechte Seitenlage. Auf der linken Seite ist sie ihrer Angabe zufolge aus dem Grunde nicht im Stande zu liegen, weil ihr dann schwindlig wird und sie das Gefühl hat, als ob sie fortfliege. Eine Ausnahme macht nur das Gesicht. Nimmt sie nämlich beim Schlafen die Rückenlage ein, so legt sie die linke (anästhetische) Gesichtshälfte auf das Kissen, und zwar aus einem rein äusserlichen Grunde. Da sie nämlich auf dem linken Ohre besser hört, als auf dem rechten, so wird sie bei der eben beschriebenen Position des Kopfes weniger von Geräuschen gestört.

Patientin sieht im Ganzen etwas anämisch aus. — Das Sensorium ist vollkommen frei. Ihre Angaben

sind nach jeder Richtung hin zuverlässig, wie sich dies bei den an ihr vorgenommenen Prüfungen gezeigt hat; dieselben wurden stets so ausgeführt, dass Patientin bei einer etwaigen Täuschung ertappt worden wäre, es konnte aber niemals eine diesbezügliche Absicht derselben gefunden werden.

Das vom N. supraorbitalis dexter versorgte Gebiet ist anästhetisch geblieben; die vom Steinwurf herrührende Stirnnarbe hat ihre Hyperalgesie behalten.

Herz und Lungen zeigen keinerlei organische Veränderungen.

Die tägliche Urinmenge sowie das specifische Gewicht des Urins bewegen sich in den normalen Grenzen. Patientin ist im Stande, den Urin selbstständig zu entleeren.

Im Verdauungsapparat liegen keinerlei Störungen vor. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig.

Wir kommen nunmehr zur Besprechung des weiter oben erwähnten hyperästhetischen Bezirkes am Abdomen, welcher der Gegenstand unseres besonderen Interesses ist.

Der Leib der Patientin ist weich, nicht ballonirt, auch auf tiefen Druck nicht empfindlich. In der Linea alba sieht man eine 2 ctm unterhalb des Nabels bis dicht vor die Symphyse gehende, feine, lineäre Narbe. Die Einstichstellen der Nähte sind noch kenntlich. Kein Bauchbruch. Drückt man tief in

die rechte Ovarialgegend ein, und es ist dies bis zu grosser Tiefe möglich, so äussert Patientin keinen Schmerz und klagt nur über Urindrang. Anders verhält es sich auf der linken Seite, wo sich in der Ovarialgegend, und innerhalb eines nicht unerheblichen Umkreises um dieselbe, eine ausgesprochene Hyperalgesie zeigt. Die schmerzhafte Stelle beginnt in der Höhe der Clitoris an der linken Schamlefze, setzt sich — unter Zunahme der Intensität des Schmerzes — über die Symphyse fort, in vertikaler Richtung bis zur Höhe der spina ant. sup., in horizontaler Richtung bis 3 ctm von der linea alba und bis 5 ctm von der spina ant. sup. entfernt. Die Zone ist also circa 5 ctm breit und 18 ctm lang. Die Hyperästhesie steht im auffallenden Gegensatz zu der Anästhesie der gesammten übrigen Körperhälfte der betreffenden Seite. Was ihren Ausgangspunkt anbelangt, so ist er jedenfalls nicht in der Haut zu suchen. Sticht man eine Nadel vorsichtig so ein, dass nur die Haut getroffen wird, so entsteht kein Schmerzgefühl. An einzelnen Stellen wo man im Stande ist, die Haut in einer Falte abzuheben, kann man sich noch deutlicher von der completen Anästhesie derselben überführen. Patientin giebt erst dann eine Schmerzäusserung von sich, wenn man die Nadel so tief eindrückt, dass man auch die Muskulatur trifft.

Epicrise.

Der von mir beschriebene Fall verdient unsere volle Aufmerksamkeit. Dass die überaus mannigfaltigen Störungen, denen die Patientin im Laufe der Jahre ausgesetzt war, und unter denen die meisten (besonders die Hemianästhesie) während fast zweier Decennien constant sind, einer hysterischen Erkrankung zugeschrieben werden müssen, steht ausser Zweifel. Sind auch unsere Ansichten über den absoluten Werth einzelner Symptome, besonders über die Hemianästhesie in der allerneuesten Zeit gegenüber den früher gangbaren different geworden, so ist doch das Ensemble der geschilderten Symptome für die Annahme der Hysterie zwingend. Ja sogar die hier bestehende Hemianästhesie selbst, auch einzeln betrachtet, muss als hysterischen Ursprungs bezeichnet werden; die mit ihr verbundene „Ovarialgie" lässt keine Verwechslung zu. In Bezug auf einige andere Erscheinungen, welche sich ebenfalls einer anderen (hemiplegischen) Herkunft wiedersetzen, habe ich schon beim Status hingewiesen. Die Deviation der Zunge ad maximum nach rechts, der Gang der Patientin, u. s. w. sind es, die ich hier im Auge habe. — Das grösste Interesse des Falles liegt in der „Ovarie". Obschon das betreffende (linke) Ovarium exstirpirt ist, besteht die zuvor vorhandene Empfindlichkeit in der Regio hypogastrica unverändert fort, ja sie scheint sogar gegenwärtig ein grösseres

Feld einzunehmen. Dies ist um so bemerkenswerther, als hier nachweislich eine organische Veränderung des Ovariums bestanden hat. Wäre dieser Fall nicht zur Operation gekommen, so würde man bei einer später etwa vorgenommenen Section mit einer gewissen Berechtigung für die Annahme sich entschieden haben, dass das Ovarium die Quelle der „Ovarie“ gewesen sei. Man würde um so mehr so verfahren sein, als in den von Hertel und Guttmann beschriebenen Status immer von der „schmerzhaften Bauchgeschwulst“ gesprochen wird, und man also die Möglichkeit, dass es sich etwa um Spurious peritonitis gehandelt haben könnte, für vollkommen ausgeschlossen erachtet hätte. — Irgend welche allgemeineren Schlüsse aus dem Falle zu ziehen, fühle ich mich nicht in der Lage, und ich kann mich derselben auch um so mehr entheben, als die Herren Privatdocenten Dr. Remak und Dr. Landau, denen ich für die freundliche Ueberlassung des Materials und Unterstützung bei Bearbeitung desselben hiermit meinen Dank ausspreche, demnächst auf die Kritik des Falles noch selbst einzugehen gedenken.

Thesen.

1. Die Ovarie ist nicht nothwendig an die Existenz des Ovarium gebunden.
2. Wo man zwischen Enucleatio bulbi und Neurotomia opticociliaris die Wahl hat, muss man sich für letztere entscheiden.
3. Die Zulassung zum Universitätsstudium, und zwar bei sämmtlichen Fakultäten, sollte von keinem sogen. „Zeugniss der Reife“ abhängig gemacht werden.

Vita.

Verfasser, jüdischer Religion, ist im Jahre 1860 zu Punitz (Prov. Posen) geboren. Er genoss zuerst den Unterricht seines Vaters und besuchte später der Reihe nach die Gemeindeschule seiner Vaterstadt, das Gymnasium zu Poln. Lissa, und das Berlin. Gymnasium zum grauen Kloster, von welch' letzterem er Michaelis 1878 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Hierauf widmete er sich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin dem Studium der Medicin, bestand im Februar 1880 das Tentamen physicum, und im Juli 1882 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren: Althaus, Bardeleben, Baumann, du Bois-Reymond, Eichler, Frerichs, Friedländer, Fritsch, Guttmann, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hirschberg, Küster, v. Langenbeck, Lewinski, Leyden, Liebreich, Meyer, Schöler, Schröder, Senator, Virchow, Westphal, M. Wolff. — Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.